

検査ご依頼票 兼 診療情報提供書



医療法人社団CVIC

医療機関様◆FAX用

心臓画像クリニック飯田橋

ご記入日 年 月 日

TEL:03-5206-5956 FAX:03-5206-5958
(月～土)8:30-17:30 (日祝)8:30-17:00 24時間対応可

貴院カルテID	
(氏名) カタカナ	男 女
生年月日	年 月 日
当日連絡がとれる 電話番号	携帯電話 () ご自宅 ()
保険区分	

紹介元医療機関 (名称等)
診療科
ご担当医師名
緊急時の担当医連絡先 (個人携帯・PHSなど)

受付日時 月 日() 時 分来院	☐ 患者様が ご自身で直接予約	貴院次回 診察日 月 日
-------------------	---	-----------------

■検査区分 検査項目に☑をして下さい。検査一任を希望する場合はこちらにチェックを入れて下さい。 ☐

CT	☐ 冠動脈 ☐ Aｆアブレーション用(冠動脈解析 要・不要) ☐ その他() ☐ 冠動脈+心エコー 大動脈(☐ 胸部 ☐ 腹部 ☐ 胸腹部) ☐ 肺(非造影) ☐ 肺動脈・DVT ☐ 下肢動脈 ※肺CT以外は原則造影検査です。非造影の場合はご相談下さい。
心臓MRI	☐ 非造影 ☐ 造影 ☐ 造影一任 (●冠動脈MRA ☐ 要 ☐ 不要または一任 ●T1 mapping(Native T1/ECV*) ☐ 要 ☐ 不要または一任) *ECVは採血(Ht)を行います。
その他MRI	☐ 脳(頭頸部MRA含む) 大動脈(☐ 胸部 ☐ 腹部) ☐ 腎動脈 ☐ 下肢動脈 ☐ その他() ※心臓以外は原則非造影検査です。造影が必要な場合はご相談下さい。
生理検査	☐ 心エコー ☐ 頸動脈エコー ☐ ABI ☐ ホルター心電図 ※生理検査はCTまたはMRIと同日検査可能です。予約時に必ずお伝え下さい。

検査目的 ※要記入(なるべく具体的に症状・検査目的をご記入下さい)。	※別紙参照 ☐ (電子カルテ文書など)
------------------------------------	---

CT・MRI共通事項 (生理検査のみの場合は記入不要)

造影または一任	血清クレアチニン値 (直近の数値)	測定日: 月 日 mg/dl ☐ 不明 (CVICにて当日迅速測定を実施します) ※造影検査の場合は必ずご記入下さい。eGFR30未満の場合、造影CT原則不可、造影MRI応相談。
	造影剤アレルギー歴 () ☐ ヨード ☐ ガドリニウム [造影剤名: 症状:] ※有の場合、造影検査不可場合があります。事前にご相談下さい。	
	気管支喘息 ()	※造影剤アレルギー予防のためステロイド前投薬をご検討下さい。
	重いアレルギー歴 (アナフィラキシーなど) ()	※原因・症状などご記入下さい。[]
冠動脈	ニトログリセリン舌下 ()	※冠動脈CT・MRAでは造影の有無に関わらず原則ニトロ口を使用します(良好な画像のため)。
	PDE5阻害薬の服用 ()	※ED・前立腺肥大症などの治療薬。ニトロ口との併用禁忌のため、休薬をお願いします。
その他	感染症 () ☐ HBV ☐ HCV ☐ HIV ☐ 梅毒 その他[名称:]	
	装着中の医療機器 ()	※持続血糖測定器やホルター心電図など外せない場合は検査不可となる場合があります。

CT
ビグアナイド系糖尿病薬の服用 () ※休薬をご検討下さい。
βブロッカー内服(検査前投与) ()

※画像CDが必要な場合のみこちらに☑を お願い致します。(エコーデータのCDは対応していません) CD要 ☐

MRI	
心臓ペースメーカー・ICD ()	※MRI不可(MRI対応型含む)。
体内・体外金属 ()	※MRI可否について事前にご相談下さい。 (人工内耳・古い脳動脈クリップ 部位・時期・素材[] など)
閉所恐怖症 ()	
体重100kg以上 ()	[体重 kg・腹囲 cm]

予 約 票



医療法人社団CVIC

心臓画像クリニック飯田橋

受診者様◆持参用

氏名 _____ 様 の検査は、☐CT ☐MRI ☐超音波(エコー) ☐その他 です。

受付日時 月 日 () 時 分 にご来院下さい。

※予約制で検査を行っているため、時間通りにお越し下さい。予約日時の変更やキャンセルは主治医へまずご相談下さい。

【ご持参いただくもの】

- ①マイナ保険証または保険証
- ②予約票
- ③マスク
- ④(あれば)お薬手帳、主治医からの書類

【検査前後の制限とご注意事項】

	食事	水	カフェイン お酒	お薬
CT	○ 制限なし	○ 制限なし	24時間前 から制限 ※1	糖尿病薬 PDE5阻害薬 ※2
MRI	4時間前 まで可	直前まで 少量可	24時間前 から制限 ※1	PDE5阻害薬 ※2

脳MRI、超音波(エコー)、ホルターのみの検査の場合は、
特に上記制限はありません。

※1:造影検査を受ける方は、検査の**24時間前**からカフェインを含む飲料(コーヒー、緑茶、紅茶など)及びアルコールはお控え下さい。造影検査後は脱水に注意し、水分摂取を心がけて下さい。

※2:メトホルミンやメトグルコなどの**ビグアナイド系糖尿病薬**や、バイアグラ(シルデナフィル)やザルティア(タダラフィル)などの**PDE5阻害薬**(ED・前立腺肥大症治療薬)は、主治医へ休薬をご相談下さい。

【当日の所要時間】

ご来院からお帰りまでに**2～3時間**ほどかかります。
心拍数を下げる薬剤を服用する場合(効果が出るまで1時間ほど待機頂きます)や、前後の患者さまの検査が長引き、待ち時間が発生する場合がございますので予めご了承下さい。

【当日の服装について】

検査着に着替えますので脱衣しやすい服装でご来院下さい。

【費用の目安】

A. 検査費用(保険適用)

保険負担	CT・MRI	超音波(エコー)
3割	15,000円前後	5,000円前後
2割	10,000円前後	4,000円前後
1割	5,000円前後	3,000円前後

B. 情報連携手数料(保険適用外)

CT・MRIを含む検査	990円(税込)
それ以外の検査	660円(税込)

高度画像解析、CD作成、画像データの保管、ご紹介元医療機関への医療連携、郵送手配などを含む手数料として、別途かかる費用となります。当院で検査されるすべての方(受給者証・医療証・医療券などをお持ちの方も含む)に窓口でお支払頂く費用となります。

◆当日保険証を忘れた方／保険証を切替え中の方

まずは費用を全額(10割)ご負担いただき、同月内に保険証をご持参頂ければ、当院より差額を返金させていただきます。翌月以降の場合は、市区町村や健康保険組合へご自身で申請して下さい。

◆保険資格がない方

日本の健康保険に未加入の場合、紹介医からの検査依頼であっても、当院規定の自由診療価格となります。検査内容や検査で使用了お薬などによって金額が変動しますので予めご了承下さい。

心臓MRI	16万～18万円前後
冠動脈CT(造影)	15万円前後
超音波(心エコー・頸部エコー)	各9万円前後

【お支払い方法】

現金、クレジットカード、QRコード、電子マネー、交通系カード

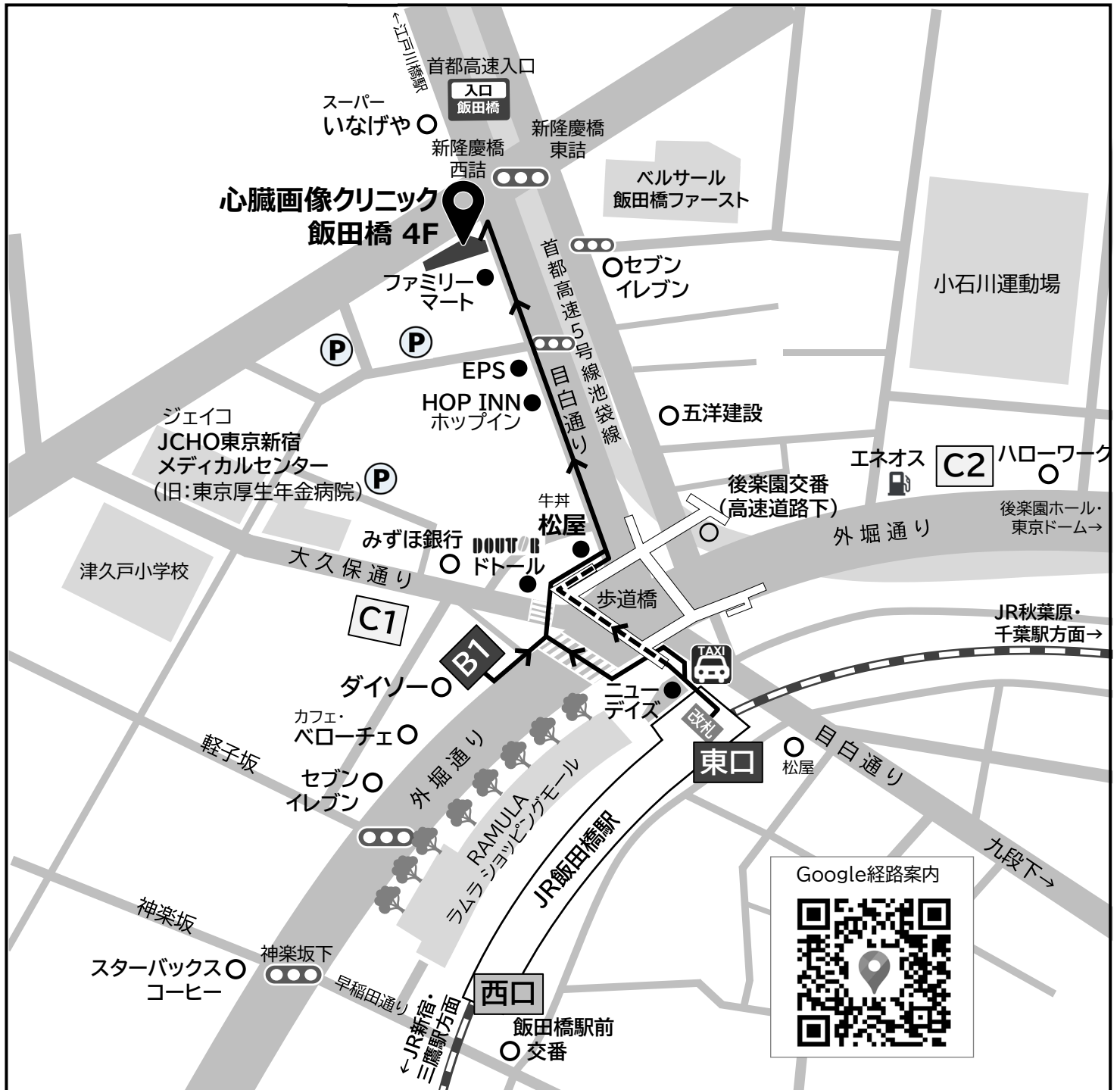


お問い合わせ：8:30～17:30

☎ 03-5206-5956

※来院時間に遅れそうな場合や、道に迷った場合はこちらにお電話下さい。
※完全予約制なので、遅れた場合は、順番が前後するまたは待ち時間が発生する場合がありますのでご注意下さい。

〒162-0814 東京都新宿区新小川町1-14 飯田橋リープレックスビズ4階(受付)



電車

●JR【飯田橋駅 東口】中央・総武線(各駅停車)

①東口を出て左折し、歩道橋の階段を上り、曲がらずに直進。②階段を降りると、牛井「松屋」の前に出る(※歩道橋を上らない場合、道なりに進んで横断歩道を2つ渡ります)。③松屋から2、3分ほど直進。ファミリーマートのひとつ先、大きな十字路交差点の角にあります。

●地下鉄【飯田橋駅 B1出口】

東京メトロ東西線、南北線、有楽町線、都営大江戸線

①B1出口から地上に出て左折。小さい方の横断歩道をわたり、ドトールの前に出る。②歩道橋の階段の横を道なりにまっすぐ進む(※歩道橋には上がりません)。③松屋から2、3分ほど直進。ファミリーマートのひとつ先、十字路交差点の角にあります。



TAXI
車

●首都高速「飯田橋入口」のそば、「新隆慶橋西詰(読み方:しんりゅうけいばしにしづめ)」という十字路交差点の角に位置しています。

●飯田橋駅東口すぐにタクシー乗り場があります。

●ビル専用駐車場や契約駐車場はありません。周辺のコインパーキングをご利用下さい。

●【車椅子の方は】ビル入口の階段にスロープがないため、ご到着されたらお電話を下さい。スタッフが介助にお迎えに上がります。



●自転車やバイクの駐輪場はクリニック付近にはございませんので公共交通機関をご利用下さい。